// Oesterreichische
medicinische Wochenschrift.

(Ergänzungsblatt der medicin. Jahrbücher des k. k. österr. Staates.)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v Raimann. — Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.

No. 44. **Wien, den 1. November.** **1845.**

1.

Original-Mittheilungen.

Abnormes Unterkiefergelenk.

Von F. S. Pluskal, Magister der Chirurgie, Augenheilkunde und Geburtshilfe, herrschaftl. Arzte in Lomnitz.

Bei Gelegenheit eines Krankenbesuches in einem Dorfe der hiesigen Gegend stellte sich mir auch ein etwa 40jähriges Frauenzimmer vor, an welchem folgende pathologische Merkwürdigkeit, die Folge einer vorausgegangenen Verrenkung, zu sehen war. Der Unterkiefer war mit seinen beiden Gelenksfortsätzen unter dem Jochbogen eingelenkt, ragte daher beinahe einen Zoll weit nach vorne vor dem Oberkiefer heraus. Hinter den Gelenksfortsätzen bis zur Ohrmuschel war beiderseits eine tiefe Grube. Die zur Bewegung des Unterkiefers dienenden Muskel haben sich ihrer abnormen Functionsrichtung accomodirt, so wie der Gelenkskopf unter dem Jochbogen eine abnorme Gelenksgrube gebildet, so dass bereits der Unterkiefer ziemlich geläufig bewegt und etwas über ½ Zoll vom Oberkiefer entfernt werden kann. Pat. kann auch grössere Bissen in den Mund nehmen und zerkauen. Nur die seitliche oder die Mahlbewegung geht gänzlich ab. Vordem, bald nach geschehener Verrenkung, hatte Pat. sehr grosse Schmerzen in der Gegend des Jochbogens, die ihr den Kopf zusammenzudrücken schienen, sich zum Scheitel erstreckten und besonders bei dem Versuche, den Unterkiefer zu bewegen, an Intensität zunahmen. Jetzt aber sind keine mehr vorhanden. Die Sprache ist wenig verständlich, alle Laute werden mit einem gewissen dumpfen Zischen hervorgebracht. Bei einem Versuche, den Unterkiefer in seine Normallage zu bringen, fand ich, dass die Gelenksknöpfe ganz unbeweglich seien. Es scheint eine gehörige organische Verbindung daselbst zu bestehen, da, laut der Angabe der Patientin, nach der Verrenkung heftige Schmerzen und Geschwulst, während dem sie lange Zeit nur durch Einflössen von Suppe erhalten wurde, an den betreffenden Theilen zugegen gewesen, woraus auf einen Entzündungsprocess geschlossen werden kann.

Vor etwa einem halben Jahre war diese Verrenkung durch ein starkes Mundöffnen beim Gähnen entstanden, dann zuerst durch derbe Ohrfeigen, später zwar auch durch rationelle Kunsthülfe die Wiedereinrichtung versucht, aber nicht mehr zu Stande gebracht worden.

Monströse Hoden bei einem Neugebornen.

Von Demselben.

Im November v. J. wurde von einer robusten erstgebärenden Bäuerin hiesiger Gegend ein reifer und starker Knabe geboren, der eine merkwürdige Proportionsstörung darbot. Die in dem ungewöhnlich grossen, starkhäutigen, tief herabhängenden Scrotum befindlichen zwei Hoden waren von der Grösse eines gewöhnlichen Hühnereies, jeder also wenigstens viermal so gross, als er sonst bei Neugebornen zu sein pflegt, dabei aber rundlicher, als gewöhnlich. Beide zeigten sich übrigens gänzlich unschmerzhaft und dem Gefühle nach, hinsichtlich der Consistenz, gesund, also weder varicös, noch hydropisch, noch auf sonstige Weise entartet. Auch der zu jedem Hoden herabgehende *Funiculus spermaticus* erschien, so weit er verfolgt werden konnte, viel dicker. Der Penis war dagegen von einer dem übrigen Körper angemessenen Grösse. Nach neun Wochen sah ich dieses Kind wieder, ohne dass sich während der Zeit das excessive Volumen der genannten Theile vermindert hätte.

Sonderbare Wirkungen von Helminthen.

Von Dom. Schaffer, fürstb. Wundarzte in Olmütz.

Im Verlaufe des Sommers 1844 consultirte mich ein 40jähriger Gartenwächter wegen eines schon fünf Wochen andauernden Hustens. Derselbe war ziemlich heftig, besonders Vormittags, und erregte zuweilen Erbrechen, durch welches viel zäher Schleim entleert wurde. — Fiebererscheinungen liessen sich nicht ermitteln, wohl aber häufige Übelkeiten nebst anderen Verdauungsstörungen. — Der stark herabgekommene Kranke erzählte mir unter andern auch, dass er sich alle Jahre einmal zur Ader lassen müsse, weil, wenn dieses nicht geschehe, sich Würmer bei ihm erzeugen, die ihn sehr belästigen. Auf dieses hin sah ich mich nun veranlasst, in Beziehung des Wurmleidens eine genaue Erforschung anzustellen; und wirklich fand ich mehrere auffallende Zeichen desselben, die mich bestimmten, eine Latwerge aus Wurmsamen, Calomel und Honig zu reichen. Es gingen alsobald 33 grosse Würmer (Ascariden) ab, nach deren Entfernung der Husten plötzlich aufhörte, und die vollkommene Gesundheit wiederkehrte.

Tympanitis inflammatoria.

Von Demselben.

Am 5. Juni l. J. wurde ich zu einem Kinde, angeblich wegen einer Hernia, gerufen. Ich fand einen gutgenährten, geimpften, vierjährigen Knaben, der deutlich fieberte. Der Kopf war eingenommen, der Durst vermehrt, der Appetit mangelnd, die Zunge weiss belegt, das Athemholen erschwert, der Bauch ungemein aufgetrieben, allenthalben, besonders aber um den Nabel empfindlich. Die Ausdehnung des Bauches war gleichförmig, die Bauchdecken sehr gespannt; von einer Fluctuation liess sich nicht das mindeste Zeichen ausmitteln. Der Percussionston war rein tympanitisch. Bei der weiteren Untersuchung ergab sich eine *Hernia scrotalis* rechterseits, der Bruchsack derselben war stark von Luft ausgedehnt, man konnte die Darmschlinge deutlich fühlen, leicht reponiren und die Luft zurückdrängen; wie man jedoch die Hand wegzog, war auch augenblicklich der Bruchsack wieder gefüllt. — Nach Aussage der Eltern bestand die Hernia erst seit drei Tagen. Über die Entstehung und Zunahme der Vergrösserung des Bauches, liess sich nichts Bestimmtes ausmitteln, weil man diesem Gegenstande keine Aufmerksamkeit geschenkt hatte; jedenfalls mochte dieser Zustand schon zwei Wochen bestehen. — Die Fieberzufälle und ein zeitweiliger, brennender Schmerz im Bauche wurde zuerst an dem Tage, als ich den Kranken sah, wahrgenommen. Nach Ermittlung aller Krankheitserscheinungen konnte die Diagnose: „krankhafte Luftentwicklung in der freien Bauchhöhle, inflammatorischer Zustand des Peritoneums und entzündliches Fieber" keinem Zweifel mehr unterliegen. Der Darmcanal war übrigens weniger betheiligt; denn die Functionen desselben gingen ziemlich regelmässig vor sich, und es war auch kein auffallender Abgang von Luft zu bemerken. — Ich leitete also ein entzündungswidriges, emollirendes Verfahren ein, und liess demgemäss zuerst Cataplasmen anwenden. Nachdem sich der Schmerz und die Empfindlichkeit grösstentheils verloren hatten, liess ich eine Salbe, bestehend aus gleichen Theilen ***Ung. hydragyr. ciner.*** und ***nervin.*** dreimal des Tages in den Bauch einreiben. Eine antiphlogistische Diät, und ein

strenges Verhalten unterstützten die Cur. Am 11. Tage der Behandlung, nachdem das Fieber bereits seinem Ende zuging, war der Bauch über die Nacht sehr eingefallen und zu meinem nicht geringen Erstaunen von Luft nichts mehr zu finden, wohl aber eine deutliche Fluctuation wahrzunehmen. Die Hernia machte sich nur noch in aufrechter Stellung bemerklich.

Es hatten sich nun offenbar die in der Bauchhöhle erzeugten und angesammelten Gasarten zersetzt, und waren in den tropfbarflüssigen Zustand übergegangen. Auf welche Art dieses veranlasst wurde, konnte mir nicht klar genug werden; aber jedenfalls hatte das critische Bestreben der Natur einen grossen Antheil daran. — Ich reichte nun Digitalis, welche die vollkommene Gesundheit in wenigen Tagen herbeiführte.

Heilung eines angebornen doppelten Leistenbruches (durch die Heilkräfte der Natur) ohne Kunsthülfe.

Von J. H. Taussig, Bezirks-Chirurg des Saroser-Comitats in Ungarn.

D. H., der sechsjährige Sohn gesunder israëlitischer Eltern, in zarter Jugend geimpft, mit doppeltem Leistenbruche geboren, gegen welchen gar nichts versucht wurde, erkrankte Anfangs December 1842 an allgemeiner und Bauchwassersucht. Der Verf., der ähnliche Fälle in der damals allgemein herrschenden Masern-Epidemie mehrmal sah, erklärte das Uebel für einen Hydrops in Folge nicht ausgebrochenen Masern-Exanthems, und versuchte durch *Diaphoretica*, *Laxantia* und *Alterantia* die Resorption zu fördern. — Allein da die Suffocations-Symptome immer mehr zunahmen, so wurde das Scrotum scarificirt, später die Paracentesis gemacht. Nach Entleerung von 2½ Mass Flüssigkeit und Anwendung von Calomel mit Scilla und Campher erneuerte sich die Wassersucht nicht wieder. Der doppelte Leistenbruch war zugleich verschwunden.

Es scheint demnach, dass die vermehrte Thätigkeit der serösen Gebilde der Bauchhöhle in der offenen Scheidenhaut durch plastische Adhäsiv-Bildung den krankhaften Canal obliterirt habe, so wie in der Bauchhöhle selbe sich in Wasserbildung erschöpfte. —

Erfolgreiche Behandlung eines Lupus exulcerativus durch Jodpräparate.

Von Dr. Ludwig Melicher.

Da selbst in einigen ausgezeichneten Werken über die Hautkrankheiten kein Arzneimittel empfohlen wird, welches einen wesentlichen Erfolg in der Behandlung der fressenden Flechte bewährt hätte, so wird folgender Fall von einer andauernden Heilung dieses, nicht mit Unrecht von einigen Ärzten für ein *Noli me tangere* erklärten Übels, der Bekanntmachung nicht unwerth sein.

G. E., 20 Jahre alt, Pfründnerin, mit Erfolg geimpft, litt schon seit ihrer Kindheit häufig an Augenentzündungen und bis in's 12. Jahr an *Favus vulgaris* und an einem Gesichtsausschlage. Im 18. Jahre erschienen die Menstruen, hatten ihren regelmässigen typischen Verlauf; waren jedoch in Bezug auf Quantität und Qualität unregelmässig. Vor acht Jahren nahm unter häufigen Schnupfen die Dermatose am Gesichte sehr überhand; es stellte sich eine violette Färbung und Anschwellung der Nasenhaut ein, auf welcher kleine, tuberculöse, härtliche, glatte Puncte hervorkeimten. Dieselben gingen in oberflächliche Ulceration über und wurden mit einer bräunlichen festadhärirenden Borke bedeckt, nach deren Wegnahme grössere Geschwüre, die mit Substanzverlust begleitet waren, entstanden, so dass nach einigen Jahren die Kranke die Nasenspitze und einen Theil der angränzenden Nasenflügel verlor; nachdem sie eine Menge von Mitteln fruchtlos versucht hatte, begab sie sich endlich im November 1843 in's k. k. Wiener allgemeine Krankenhaus auf die zweite chirurgische Abtheilung. Die Nasenspitze sammt dem vorderen Theile der Nasenscheidewand und der linke Nasenflügel fehlten gänzlich, auch der Knorpel des rechten Nasenflügels war zum Theile zerstört; das linke Nasenloch war bis auf eine rabenfederspulengrosse Öffnung verwachsen, das rechte nicht um Vieles grösser; die Oberlippe durch Substanzverlust der Art verkleinert, dass sie die Zähne am Oberkiefer gar nicht bedeckte, diese ganze Partie stellte eine unschmerzhafte, ungleiche, riffige und höckerige, wie zernagt aussehende, mit Jauche bedeckte, manchmal blutende, geschwürige Fläche dar und gewährte einen ekelhaften Anblick. Aus den Nasenöffnungen floss ein sehr übelriechendes Secret. Ausserdem waren an beiden Mundwinkeln silbergroschengrosse, jauchige Geschwüre, die mit dicken, dunklen, adhärirenden Crusten bedeckt

waren. An der an die Nase gränzenden Wange befanden sich mehrere kleine, unentwickelte Tuberkeln, auf einem bläulicht rothen Grunde aufsitzend. Die Kranke hatte einen schlanken Bau, eine zarte feine Haut, blondes Haupthaar, eine rothe, etwas schwulstige Unterlippe, die Halsdrüsen waren etwas geschwollen, beweglich; das Allgemeinbefinden ungetrübt. — Wegen mehrtägiger Stuhlverstopfung bekam Pat. ***Pot. laxant. fort. dosim***; das Gesicht wurde mit lauwarmem Wasser gereinigt, die Borken entfernt, und in die Nasenöffnungen, um die Verschliessung zu verhindern und die Erweiterung derselben zu befördern, Cylinder von präparirtem Schwamme eingelegt. Hierauf wurden Bourdonnets in eine Auflösung ***Rp.*** von ***Cali hydrojodici gran. decem, Jodi puri gran. quinque, solve in Aquae com. destil. unc. quinque*** eingetaucht, auf die exulcerirte Fläche aufgelegt und darüber kleine lauwarme Fomente applicirt. Zugleich wurde der Pflege die gehörige Aufmerksamkeit geschenkt. Nachdem die ersten Wege frei waren, schritt man, da man das örtliche Leiden für ein Symptom der im Organismus latenten scrophulösen Dyscrasie ansehen konnte, am folgenden Tage zum inneren Gebrauche von ***Hydrojodas lixivae.*** Die Kranke bekam 1 Scrupel von Jodcali in 3 Unzen destillirtem Wassers gelöst, welche Menge sie des Morgens auf dreimal nahm. Dieses Mittel wurde durch 20 Tage in steigender Gabe verabreicht, bis die Kranke eine Drachme Jodcali täglich bekam; zugleich blieb es bei der erwähnten äussern Behandlung. Die ganze Geschwürsfläche fing sich zu reinigen und einen gutartigen Eiter abzusondern an, die ungleichen Flächen ebneten sich, wurden mit kleinen sammtartig anzufühlenden Granulationen bedeckt, und an den Rändern zeigte sich eine gegen 3''' breite neue Hautbildung; die Nasenöffnungen waren durch das Einlegen des Pressschwammes erweitert. Nun wurde, um die Wirkung des Jodcali zu verstärken, ein halber Gran reines Jod mit einer halben Drachme Jodcali in 3 Unzen destillirten Wassers gelöst zum täglichen innern Gebrauch verordnet, worauf sich wieder eine merkliche Besserung zeigte, und nur die Geschwüre an den Mundwinkeln von gleicher Grösse blieben. Es bekam daher die Kranke am 30. Tage der Behandlung täglich: ***Infus. herbae jaceae e drach duab., Unc. tres. Cali hydrojod. drach. semis, Jodi puri gran. unum. D. S.*** des Morgens auf dreimal zu nehmen. Die in den Mundwinkeln befindlichen Geschwüre wurden mittelst eines Glasstäbchens mit ***Acidum nitricum concentratum*** Anfangs täglich, später jeden 3—4 Tag betupft. Die Geschwürsfläche erhielt nun ein weisses Aussehen. Nach Verminderung der serösen Ausschwitzung und der Geschwulst wurden zur Entfernung des Ätzschorfes lauwarme Umschläge angewendet. Nachdem die Kranke 8 Gran reines Jod, ohne den mindesten Nachtheil auf den Organismus eingenommen hatte, trat eine vollständige Verheilung der grossen Geschwürsfläche ein. Es bildete sich Anfangs eine ganz dünne, zarte, mit feinen venösen Gefässen durchzogene, beim Fingerdrucke knisternde Haut an dem Nasenstumpfe und an der Oberlippe aus; diese Narbenhaut hatte Anfangs eine hellrothe Farbe, später bleichte sie sich und erhielt eine der normalen Hautfarbe ähnliche Färbung und Structur. Der Gebrauch der Jodpräparate wurde nun ausgesetzt und eine stärkende Diät angeordnet. Nur die Geschwüre an den Mundwinkeln zögerten bedeutend mit ihrer Verheilung, bis endlich durch die Kraft der Salpetersäure sich eine neue Granulation einstellte und auch da vollkommene Vernarbung eintrat, so dass die Kranke im 3. Monate der Behandlung geheilt entlassen werden konnte. Bemerkenswerth ist bei dieser Kranken, dass sie bei dem Gebrauche der Jodpräparate ein gutes Aussehen bekam, der Monatfluss sich regelmässig, sowohl dem Quale und Quantum nach einstellte, und der Blutabgang mit gar keinen Beschwerden verbunden war. Da die Kranke in der Nähe Wiens wohnet, so haben wir Gelegenheit gehabt, sie öfters zu sehen, ohne eine Spur einer Recidive wahrzunehmen.

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

A. Pathologische Anatomie.

Zwei Fälle von sackförmiger Verschliessung des obern Theils der Speiseröhre mit Einmündung des untern Theils in die Luftröhre. Von Dr. C. E. Levy, Professor der Geburtshülfe in Copenhagen. — Erster Fall. Eine 22jährige unverheirathete Erstgebärende, die vor und während der Schwangerschaft immer gesund gewesen, wurde unter normalen Geburts-Verhältnissen von einem ausgetragenen, lebenden und wohlgenährten Knaben entbunden, der keinerlei Spuren fehlerhafter Bildung in seinem Äussern bemerken liess, dessen Gewicht $6^1/_2$ Pfund, dessen Länge $18^1/_2$ Zoll betrug. Am folgenden Tage, da das Kind durchaus nicht zum Saugen zu bringen war, reichte man Haferschleim zum Getränk, welches aber sogleich wieder mit schaumigem weisslichen Schleim vermischt, gleichzeitig aus Mund und Nase zum Vorschein kam. Dabei war das Athmen und der Schlaf ruhig, und nach einem Clystier entleerte sich eine ziemliche Menge von Meconium. Eine elastische Röhre konnte nur 4 Zoll weit von der Mundöffnung in die Speiseröhre eingeführt werden, worauf sie auf ein Hinderniss stiess. Die durch dieselbe eingespritzte laue Milch floss eben so wieder zurück; man injicirte daher an den folgenden Tagen Bouillon durch den Mastdarm. Das Kind wurde aber sehr unruhig, magerte ab, und starb am 4. Tage, nachdem es $1^1/_2$ Pfund an Gewicht verloren hatte. Bei der Section versuchte man nochmals vergeblich mit einer Sonde von der Mundhöhle aus in die Speiseröhre zu gelangen; sie stiess an den Boden eines links hinter der Luftröhre herabhängenden Sackes, der das geschlossene Ende des obern Theils der Speiseröhre bildete. Dagegen kam eine vom Magen aus in der Richtung der Speiseröhre fortgeschobene Sonde ohne Widerstand durch die Luftröhre hindurch in der Mundhöhle zum Vorschein. Bei näherer Untersuchung zeigte sich der erwähnte Sack $1^1/_4$ Zoll lang und fast doppelt so weit, als der Oesophagus im normalen Zustande, nach unten zu etwas schmäler zulaufend, die longitudinalen Muskelfasern so wie die Falten des innern Schleimhautüberzugs convergirten nach unten gegen den Boden des Sackes, in dessen Höhle sich weisser schäumender Schleim befand. Der untere Theil des Oesophagus zeigte sich normal, weiter oben wurde er enger, die senkrechten Falten der Schleimhaut mehr convergirend, und ging kaum eine Linie über der Theilungsstelle in die beiden Bronchien, mit einer 3 Linien langen und 1 Linie breiten glatt- und scharfrandigen Öffnung in der hintern Wand der Luftröhre, in die Höhlung der letzteren über. Die längs des innnern Randes dieser Öffnung gelagerten Muskelfasern schienen mit einem kleinen Muskelbündel zusammenzuhängen, das vom obern sackförmigen Theil des Oesophagus herab sich erstreckte. Die übrigens normale Luftröhre so wie ihre Äste enthielten die schon erwähnte schleimige Flüssigkeit. Die Lungen waren mit Ausnahme der unteren Lappen jeder Seite lufthältig, mit Blut überfüllt; weitere Abnormitäten fand man keine. — Zweiter Fall. An einer 29jährigen, gesunden, stark gebauten, unverheiratheten Mehrgebärenden wurde wegen mangelhaften Wehen bei vorhandener Steisslage die Extraction eines zwar lebenden, aber lebensschwachen männlichen Kindes vorgenommen, das kurz nach der Geburt starb. Die Länge desselben betrug 16 Zoll, das Gewicht $3^1/_2$ Pfund. Bei der äussern Untersuchung zeigte sich der Penis auffallend klein, eben so die Öffnung der Harnröhre, durch welche nur eine sehr feine Sonde gebracht werden konnte; der Hodensack klein und ohne Rhaphe, keine Hoden enthaltend; die Afteröffnung fehlte gänzlich, so wie in der dünnen Nabelschnur eine *Arteria umbilicalis.* Bei der innern Untersuchung ergab sich, dass das mit Meconium stark angefüllte *Colon descendens* unter der S förmigen Biegung am hintern untern stark ausgedehnten Theil der Harnblase mit einer ziemlich engen Öffnung in dieselbe einmündete. Die Harnleiter, die *Vesiculae seminales* und die Prostata fehlten gänzlich. Die Beckenhöhle war nach abwärts zu so verengert, dass beide *Tubera ossii ischii* fast unmittelbar einander berührten, und durch eine fibröse Membran verbunden waren. Von der Einmündungsstelle des Dickdarms in die Harnblase erstreckte sich quer nach rechts hin ein $^3/_4$ Zoll langer, an seinem abgerundeten Ende 3 Linien, an den übrigen Stellen 2 Linien breiter, fibröser, solider, einem unentwickelten Uterus ähnlicher Körper, von dessen äusserem Ende nach unten ein ziemlich dicker Strang abging und im *Canalis inguinalis* sich verlor (*ligam. rotundum*), nach oben aber eine vollkommen entwickelte Tuba mit einem Ovarium sich erhob. In der linken Lumbargegend fand man in einer eigenen Peritonealfalte ein deutliches, schmales, längliches Ovarium und einen dünnen Strang mit rudimentären Fimbrien an der Spitze, der nach unten mit einem anderen dünnen Strange zusammenhing, der sich in den Inguinalcanal zu begeben schien und das *Ligam. rotundum* dieser Seite vorstellte. Eine Verbindung mit dem rechterseits gelegenen Uterus war nicht vorhanden. Höher oben in der Lumbargegend lag jederseits eine grosse

Nebenniere. Die linke Niere fehlte gänzlich, die rechte war bloss rudimentär, $^{3}/_{4}''$ lang, $^{1}/_{2}''$ breit und $1-1^{1}/_{2}'''$ dick, von cellulös-vasculösem Gewebe ohne eigenthümliche Nierenstructur. Vom oberen Theile der vorderen Fläche unterhalb der *Art. renalis* nahm seinen Ursprung ein dünner, langer, geschlängelter Strang, welcher der ganzen Länge nach impermeabel, anstatt die Urinblase zu erreichen, sich in einen oberhalb des rudimentären Uterus gelegenen conischen Bulbus von fibröser Structur und fester Consistenz verlor, und hinter dem schmalen Uterinkörper herabziehend, mit diesem zu verschmelzen schien, auch nach rechts hin mit einem anderen zusammenhing, der aufwärts in einen kurzen dünnen Strang endete. Die rechte *Art. umbilicalis* fehlte ganz, die linke erschien als Fortsetzung der Aorta; ebenso fehlte die rechte *Art. pudendalis comm.* und die *Art. pudendalis ext.* derselben Seite. Die rechte Lunge war rudimentär, $^{3}/_{4}''$ lang, kaum $^{1}/_{2}''$ breit, von deutlich zelliger Structur, aber ohne Lappenbildung. An ihrer inneren Seite befand sich nach oben eine sehr dünne *Arteria pulmonalis,* unter ihr ein ziemlich schmaler Bronchus, und am tiefsten eine zur linken Vorkammer gehende dünne Lungenvene. Von dem rechten Bronchus schien unter einem rechten Winkel ein anderer Luftröhrenast von ähnlicher Dicke und Beschaffenheit abzugehen, welcher aber bald in einen weiteren musculösen Schlauch überging, der sich als Speiseröhre auswies, die nur nach oben enger als gewöhnlich, sonst aber von ganz normaler Structur war. Ihre Schleimhaut zeigte sich als Fortsetzung der Schleimhaut der Luftröhre, ihre Längenfalten gegen die Luftröhrenöffnung hin feiner und stark convergirend. Auch hier wie in dem ersten Falle fand man hinter dem Kehlkopfe zur linken Seite einen oberen breiteren, unten schmäleren musculösen Sack, der vom Pharynx bis $^{1}/_{2}''$ unterhalb des Ringknorpels herabhing, mithin vom unteren Theile des Oesophagus über $1^{1}/_{2}''$ entfernt war, ohne auf irgend eine Weise mit diesem zusammen zu hängen.

Aus diesem Zusammentreffen von mehreren offenbaren Hemmungsbildungen mit der Missbildung der Speiseröhre zieht Verf. den Schluss, dass auch die Missbildung der Speiseröhre als eine eigenthümliche Hemmungsbildung zu betrachten sein möge, und die Vermuthung, dass die Speiseröhre ursprünglich durch Verschmelzung einer oberen und unteren Portion gebildet werde. *(Neue Zeitschrift für Geburtskunde, herausgegeben von* **Busch** *etc. 18. Bd. 3. Heft.)* Diegelmann.

Merkwürdiger Fall von Missbildung des Herzens mit den physicalischen Zeichen eines organischen Fehlers aller Herzklappen. Von Dr. E. J. Shearman. — H. T., ein schwächliches Mädchen von 8 Jahren, litt zeitweilig an einem leichten Husten, wobei manchmal etwas Blut ausgeworfen wurde. Manchmal zeigte sich vor dem Bluthusten eine cyanotische Färbung um Mund und Augen. Der Verfasser sah sie das erste Mal im November 1843, unmittelbar nach einem solchen Anfalle, wobei ungefähr eine Pinte hellrothes Blut ausgeworfen wurde. Der Brustkasten war gut gebaut, doch ragte die linke Seite mehr hervor als die rechte. Die Respiration war schnell, beide oberen Brustgegenden bewegten sich gleichmässig. Der untere Theil der rechten Thoraxhälfte gab einen dumpfern Percussionston als die linke; daselbst hörte man schwaches Knisterrasseln oder vielmehr Knarren (*crackling*). Die Herzspitze befand sich zwischen der 6. und 7. Rippe, ungefähr einen Zoll weit von der Brustwarze gegen das Sternum und einen halben Zoll unter derselben. Der matte Ton erstreckte sich in der Herzgegend über einen viel grösseren Raum als im Normalzustande. In der Gegend des Sternalendes der dritten Rippe hörte man ein Blasebalggeräusch gleichzeitig mit der Systole des Herzens. Deutlicher noch hörte man es unter dem rechten, dagegen gar nicht unter dem linken Schlüsselbein. Ein ähnliches lautes Blasebalggeräusch begleitete den ersten Herzschlag in der Gegend des schwertförmigen Knorpels, welches immer schwächer wurde, je weiter man sich von dieser Gegend entfernte. Schwächer als diese beiden war ein Blasebalggeräusch, welches man in der Gegend der Herzspitze hörte, und welches nach aufwärts an Intensität abnahm. In dieser Gegend vernahm man auch ein leises Schwirren. Der Puls war am rechten Handgelenke bedeutend stärker als am linken, die *Venae jugulares* pulsirten heftig.

S. machte die Diagnose: Erweiterung des rechten Vorhofes und Insufficienz der dreizipfligen Klappe, diesem entsprach die Pulsation der Jugularvenen und das die Systole begleitende Geräusch in der Gegend des schwertförmigen Knorpels; Insufficienz der Mitralklappe, sich darthuend durch das Bluthusten und das Geräusch in der Gegend der Herzspitze; Stenose der Aortaklappen, für welche das Geräusch unter dem rechten Schlüsselbein und dem *Manubrium sterni* zu sprechen schien; endlich liess die Cyanosis auf ein Offensein des eiförmigen Loches schliessen.

Alle drei bis vier Wochen trat ein mehr oder weniger heftiger Anfall von Bluthusten ein, der von Symptomen der Cyanosis begleitet war. In der Zwischenzeit war Pat. fast gänzlich vom Husten befreit, und schien öfters sich vollkommen wohl zu befinden. Nur traten bei der geringsten Anstrengung die violette Färbung der Haut, schnelles Athmen und starkes Pulsiren der Jugularvenen ein. In acht bis zehn Tagen nach jedem hämoptoischen Anfall wurde das Respirationsgeräusch wieder normal, mit Ausnahme der letzten Lebensmonate; dagegen wurden die Geräusche, welche die Herztöne begleiteten, immer schärfer. Im September 1844 hörte man, nach einem heftigen Anfall von Bluthusten, auch unter dem linken Schlüsselbeine ein lautes Blasen. Die übrigen physicalischen Zeichen blieben dieselben wie früher. Die Stärke und Schärfe der Geräusche nahm zwar in dem Maasse ab, als die Kranke durch die Anfälle Blut verlor; sie konnten

aber mittelst des Stethoscopes bis zu ihrem Tode wahrgenommen werden, welcher im Juni 1845 erfolgte, nachdem sie unmittelbar zuvor gegen 2 Pints Blut ausgeworfen hatte.

Sectionsbefund. Beide Lungen mit grauen Tuberkelmassen stark angefüllt. Das Herz mit dem Pericardium wog 10 Unzen. Die rechte Herzkammer befand sich scheinbar auf der linken Seite des Körpers, und die rechte Herzhälfte bildete die Spitze des Herzens. (Wahrscheinlich wegen bedeutender excentrischer Hypertrophie derselben, was der Verf. auch späterhin nicht erwähnt. Es ist Schade, dass der ganze Sectionsbefund sehr undeutlich und mangelhaft ist. Ref.) Der Vorhof, welcher mit der Tricuspidalklappe in Verbindung stand, war sehr gross, und hatte zwei grosse Venenmündungen; der andere, welcher zur Mitralklappe führte, war sehr klein und schwach, und in demselben konnte bloss eine Öffnung aufgefunden werden. Das eiförmige Loch war offen.

Oberhalb des eiförmigen Loches befand sich im grossen Vorhofe eine Art Klappe mit *Chordae tendineae* etc., welche sich in kreisförmiger Richtung um die Basis des Herzens ausbreitete, und mit einem ziemlich grossen venösen Gefässe in Verbindung stand.

Die beiden Herzhöhlen communicirten, knapp an der Wurzel der Aorta, mittelst einer Öffnung in der Scheidenwand, die gross genug war, um den kleinen Finger einführen zu können. Aus beiden Höhlen gelangte eine Sonde mit gleicher Leichtigkeit in die Aorta.

Die Pulmonararterie glich einer sehr kleinen Vene, und mündete in die venöse Herzkammer. Von ihren halbmondförmigen Klappen waren bloss Rudimente vorhanden. Die Tricuspidalklappen boten dem rückströmenden Blute gar keinen Widerstand dar. Die Klappen des arteriösen Systems waren nicht abnorm. Es schien dem Verfasser, dass die Aorta oberhalb den halbmondförmigen Klappen etwas erweitert war.

Der Verfasser glaubt, dass das Geräusch während der Systole in der Gegend der Aorta dem Zusammentreffen der Blutströme aus beiden Ventrikeln zuzuschreiben sei; als in späterer Zeit die Tuberkel-Ablagerungen die Lungen zu einem besseren Schallleiter machten, sei es auch unter der linken Clavicula hörbar geworden. Während der Systole des Herzens wurde das regurgitirende Blut an das Klappengebilde und in das venöse Gefäss getrieben, welches sich ober dem eiförmigen Loche befand; dadurch scheint das Geräusch entstanden zu sein, welches auf Insufficienz der Mitral- und Tricuspidalklappe schliessen liess. Da nun die Mitralklappe gesund war, so scheint die Tuberculosis allein die Ursache der Hämoptoë gewesen zu sein. (*Provinc. med. et surg. Journ. July 1845.*)

Morawetz.

B. Pathologie.

Über Arthritis und deren Unterschied vom Rheumatismus acutus. Von Mackin. — Gicht ist selten oder nie bei Frauen zu finden, das Gegentheil findet beim Rheumatismus Statt. Gicht tritt fast nie vor dem männlichen Alter ein, Rheumatismus kommt fast gleichhäufig in allen Lebensaltern, etwa mit Ausnahme des Kindesalters vor. Gicht erkennt eine sehr häufige Ursache in der üppigen Lebensweise und ist erblich; während Rheumatismus mehr bei niederen Ständen und Armen vorkommt, und wenigstens nicht erblich scheint. Gicht afficirt die kleineren, erst consecutiv die grösseren Gelenke, Rheumatismus befällt letztere und die fibrösen Gewebe. Gicht wird selten chronisch (?), chronischer Rheumatismus ist eines der häufigsten Leiden des Alters. Nach einem Gichtanfalle fühlt der Kranke im Vergleiche mit früher sich wohler und gesunder, bei Rheumatismus tritt die nachfolgende Besserung nicht so deutlich hervor. Metastasen sind fast beiden gemeinschaftlich. Im Auge ist am häufigsten die Hornhaut der Sitz gichtischer Entzündungen. (Dieser Behauptung muss Ref. entschieden widersprechen, aus Gründen, die jedem Arzte zu einleuchtend sind, als dass sie hier des breiteren erörtert werden müssten. Ref.) Rheumatismus befällt am liebsten die Sclerotica. Der Localisation der Gicht geht nicht immer Schüttelfrost voran, die rheumatische Gelenksentzündung wird stets dadurch eingeleitet. (*Lancet 1845. Nr. XII in Froriep's Notizen. 1845. Nr. 761.*) *Blodig.*

Über einige wichtigere Puncte der Syphilislehre und deren neueste Gestaltung. Von Prof. Dr. Osterlen in Tübingen. — Nach einer critischen Musterung der bisher über den Verlauf und die Behandlung der Syphilis dargelegten Erfahrungen stellt Verf. am Schlusse seiner Abhandlung in folgenden Puncten die Hauptresultate derselben zusammen: 1. Affectionen der Genital- (und anderer) Organe, welche virulente Stoffe produciren und selbst durch die Einwirkung solcher Stoffe entstanden waren, ebenso die eigenthümlichen Wirkungen solcher Stoffe in entferntesten Theilen heissen im Vergleiche zu analogen Affectionen syphilitische. — 2. Die Eintheilung dieser Affectionen in primäre und secundäre (tertiäre) hat in formeller Hinsicht im Allgemeinen seine Richtigkeit, doch ist die Reihenfolge öfter eine ganz andere. — 3. Der Ausbruch secundärer Zufälle wird durch anderweitige Momente wesentlich gefördert, z. B. durch örtliche, wie constitutionelle Irritation, Diätfehler, medicamentöse Eingriffe, Krankheiten überhaupt. Sie treten dagegen um so später, vielleicht um so milder ein, je gesünder der Kranke, je günstiger und geordneter seine Lebensweise ist. — 4. Zwischen der Art und Weise primär-syphilitischer Affectionen und der Form, und Häufigkeit der secundären ist kein Zusammenhang nachgewiesen. — 5. Auf jedes Primärgeschwür, auch wenn es nur einen oder einige Tage besteht, kann secundäre Syphilis folgen, und wir sind ausser Stande, den Kranken gegen letztere eine durchaus sichere Garantie zu leisten. — 6. Auch den syphilitischen Affectionen kommt eine Tendenz zur Selbstheilung zu;

doch können wir uns in therapeutischer Hinsicht nicht auf selbe verlassen. — 7. Die künstliche Inoculation der Primär-Affectionen ist im Allgemeinen ein gutes diagnostisches Hülfsmittel für die Virulenz derselben; doch hat bloss ein positives Resultat derselben einen wirklichen Werth, nicht aber ein negatives, und andere diagnostische Hülfsmittel werden dadurch nicht entbehrlich. — 8. Inoculationsfähigkeit eines Secretes ist nicht gleichbedeutend mit Contagiosität, und ebenso wenig »nicht oculirbar« gleichbedeutend mit »nicht syphilitisch.« — 9. Bei Bubonen kommt der Inoculation eine geringere diagnostische Bedeutung zu, als bei Primärgeschwüren. — 10. Wir haben keine stricten Beweise dafür, dass durch das auf ein Individuum übertragene Virus unmittelbar auch entfernte Theile influenzirt werden können; ebenso wenig lässt sich aber die Möglichkeit eines solchen Vorganges als unstatthaft nachweisen. — 11. Für gewöhnlich beschränken sich die ersten sichtbaren Actionen des Virus auf die direct berührten Theile, und entfernte Theile werden gewöhnlich erst dann sichtbar ergriffen, nachdem Geschwüre mit virulentem Eiter an der Infectionsstelle vorausgegangen sind. — 12. Manche Fälle primitiver Bubonen und Syphiliden scheinen zu beweisen, dass ausnahmsweise das Virus auf entfernte Theile wirken kann, ohne zuvor die Genitalien oder andere Berührungsstellen merklich alterirt zu haben. — 13. Eine rationell-causale Behandlung der syphilitischen Affectionen ist bis jetzt unmöglich; sie ist eine einfach empirische. — 14. Von einem einzigen Mittel oder Specificum oder irgend einer einzigen Behandlungsweise gegen Syphilis kann nicht die Rede sein. — 15. Im Allgemeinen kann aber Quecksilber bei sachgemässer Anwendung als das beste Mittel gelten, doch fordert sein Gebrauch ganz besondere Vorsicht. — 16. Die Vorwürfe, welche der mercuriellen Behandlungsweise gemacht werden, können sich grossentheils bloss auf den schlechten Gebrauch des Quecksilbers beziehen. — 17. Die sogenannte einfache Behandlungsweise Syphilitischer, besonders bei Secundär-Syphilis, gewährt geringere Sicherheit, als die mercurielle, und scheint bloss unter besonderen Umständen den Vorzug zu verdienen. — 18. Es gibt keine für alle Fälle von Primär-Syphilis gültige Behandlungsweise, diese richtet sich vielmehr nach den individuellen Umständen. — 19. Die frühzeitige und allgemeine Cauterisation der Primärgeschwüre hat man auf Gründe basirt, welche nicht stichhaltig erscheinen. — 20. Es ist zweifelhaft, ob durch Cauterisation die Heilung der Primärgeschwüre mehr begünstiget werde, als durch andere örtliche Mittel, und wahrscheinlich ist, dass selbst die möglichst frühzeitige Cauterisation gegen Secundär-Syphilis keinen besseren Schutz gewährt. — 21. Quecksilber wird zur Heilung der Primäraffection nicht durchaus erfordert. Im Allgemeinen heilen aber Primärgeschwüre bei milder mercurieller Behandlung leicht und sicher, und unter gewissen Umständen ist Quecksilber jedenfalls das beste und fast einzige Mittel. — 22. Bei mercurieller Behandlung der Primär-Syphilis scheinen secundäre Zufälle seltener einzutreten, als bei einfacher örtlicher Behandlung. — 23. Gegen Secundär-Syphilis gibt es gleichfalls kein überall zulässiges und sicheres Mittel; sie kann durch die verschiedensten Behandlungen heilen. — 24. Eine geordnete mercurielle Behandlung ist aber das beste Mittel, und hier von grösserem Belange als bei Primär-Syphilis. — 25. Wahrscheinlich kommt allen Quecksilberpräparaten so ziemlich dieselbe Wirksamkeit gegen Syphilis zu; wenigstens hat die Erfahrung keine wesentlichen Differenzen derselben in dieser Beziehung nachgewiesen. — 26. Ob es wirkliche Ersatzmittel des Quecksilbers gebe, ist zweifelhaft; auch fehlen uns genauere Indicationen für deren Gebrauch. Unter ihnen scheint das Jodcali die erste Stelle einzunehmen. *(Österlen's Jahrbücher für practische Heilkunde. 1845. Nr. 5.)*

Nader.

Fall von Steinbildung in dem Ausführungsgange der Glandula submaxillaris. Von Grady. — Dieser Fall betrifft eine junge Dame von 21 Jahren, von scrophulösem Habitus, die schon von Kindheit an mit einer Anschwellung unter der linken Seite des Unterkiefers behaftet war. Dieses Leiden wurde wenig beachtet, und erst das schnelle Zunehmen desselben zur Zeit der eintretenden Pubertät erregte die Besorgnisse ihrer Angehörigen. Einmal wurde sie plötzlich von Dysphagie und Aphonie befallen, die Zunge schwoll in hohem Grade an, und die Schmerzen in derselben so wie die heftige Dyspnöe nöthigten die Kranke, mehrere Nächte sitzend zuzubringen. Allmälig verloren sich diese Symptome wieder. Bei der Untersuchung fand der Verf. an der linken Seite des Halses eine Geschwulst, welche den Rand des Unterkiefers überragte; sie hatte die Grösse eines Hühnereies, war von ovaler Form, scharf begränzt; vor derselben war eine zweite, deutlich fluctuirende Stelle, deren grösste Länge in die Querachse fiel. Nach einiger Zeit bemerkte man auch, dass die Öffnung des linken Ausführungsganges in der *Caruncula sublingu.* wulstig und geröthet sei; doch gelang es erst nach mehreren misslungenen Versuchen, einen Stein in einiger Entfernung von der Mündung aufzufinden. Nun wurde eine Sonde bis zu demselben eingeführt und auf dieselbe eingeschnitten. Da der Stein nahe an der Drüse lag, so musste der Schnitt, der ungefähr ½ Zoll hinter der Öffnung des Ganges anfing, nach rück- und einwärts gegen die Zungenwurzel geführt werden. Das Entfernen des Steines war sehr schwierig, und verursachte der Kranken heftige Schmerzen. Die zweite Geschwulst verschwand sogleich bei der Entleerung von schleimig eiteriger Flüssigkeit. In den Gang wurde durch einige Tage ein Bleidraht eingelegt. In ungefähr 3 Wochen war die Geschwulst am Unterkiefer gänzlich verschwunden, und der Speichelgang hatte seine natürliche Durchgängigkeit behalten. *(Dublin Med. Press. und Lond. med. Gaz. July. 1845.)*

Morawetz.

C. Practische Medicin.

Über die inneren Krankheiten der Buckligen. Vom Prof. Richter zu Dresden. — Die vom Herrn Verf. beobachteten Fälle waren grösstentheils aus rhachitischer Scoliose entstandene Verkrümmungen der Wirbelsäule, selten waren sie nach Wirbelvereiterung, in einzelnen Fällen wahrscheinlich durch das Wochenbett, öfters in Folge hohen Alters entstanden. Die Wirkungen dieser Verkrümmungen auf innere Organe sind zunächst rein mechanischer Natur, begründen aber dann anderweitige Veränderungen. Sie bestehen in Lageveränderungen, Formveränderungen, Kreislaufsstörungen, Veränderungen der Gewebe, Störungen der Ab- und Aussonderung, endlich in vielfachen Abnormitäten der Empfindung und Bewegung einzelner Organe. Der nosologische Character der hierdurch bedingten Gesammtkrankheit ist in der Regel der venöse, torpide und asthenische. Reine Phlogosen und Tuberkelkrankheiten kommen fast nie vor.

I. Leiden des Gefässsystems. Die Arterien leiden durch Verzerrung und durch Druck, vorzugsweise der *Arcus aortae* und seine Zweige; daher Lageveränderung und Knickung der letzteren, Imbibirung der innern Gefässhaut dieser Stelle durch Faserstoff, Ausbildung eines callösen Ringes, der später knorpelig und knochenhart werden oder atheromatös zerfallen kann; daher Verengerung der betreffenden, Erweiterung der gegenüberstehenden Äste, *Aneurysma cylindricum aortae adscend.*, Erweiterung des *Bulbus aortae* und des *Sin. Valsalvae,* knorpelige und atheromatöse Entartung der Wände der erweiterten Gefässe, sodann als Symptome dieser Störungen Blässe, Kälte, Lähmung einzelner Glieder, z. B. der Füsse, Ödeme, heftige Congestionen zum Kopfe, Herzzufälle. Wegen Undurchgängigkeit der Lungen ist die Lungenarterie oft überfüllt, ihr zweiter Ton, der wie der erste wegen Verdrängung des Herzens oft an ganz ungewöhnlichen Stellen aufzusuchen ist, erscheint im Verhältniss zu dem der Aorta lebhaft und hell schallend. In Folge des Druckes und der Kreislaufsstörung sind die Venen in der Regel angeschwollen, dunkelblau; die äusseren Haut-, besonders die äusseren Brust- und Drosselvenen zum Collateralkreislaufe stark entwickelt, die der Unterschenkel varicös, Pfortader und Lebervenen strotzen von schwarzem Blute; Wassersucht der Höhlen und Gewebe, Unterleibsplethora, Hypochondrie begleiten diese Zustände. Das fast in der Regel leidende Herz ist nach oben, links oder rechts dislocirt; bisweilen ist aber nur die epigastrische Pulsation des rechten Ventrikels fühl- und hörbar, da der linke nach hinten gewichen ist. Bei jüngeren Individuen findet sich Hypertrophie, bei alten und schlecht genährten nimmt die Herzerweiterung mit Verdünnung und Erweichung der Substanz oft bis zur Ruptur zu. Die Atrien sind oft enorm erweitert, das Endocardium von zersetztem Blute imbibirt. Hiezu gesellen sich auch Klappenfehler der mannigfachsten Art, Varicositäten der eigenthümlichen Herzvenen, ja Insufficienz der Thebesischen Klappe, Blutaustritt in allen Höhlen und grösseren Gefässtämmen, während des Lebens oder *in agone* entstanden. Im erweiterten Pericardium findet sich bald seröses, bald faserstoffiges oder hämorrhagisches Exsudat, bald Entzündung und Verwachsung.

II. Leiden der Athmungswerkzeuge. Die Trachea ist zur Seite geschoben, gebogen und geknickt, zwischen den Halswirbeln und dem Brustbeine eingeklemmt, was unter Mitwirkung eines zuweilen vorhandenen Kropfes periodische — vorzüglich bei Catarrhen — Erstickungsanfälle veranlasst. Der schon von weitem hörbare, leise pfeifende Athem und die stethoscopischen Zeichen machen den Zustand vor allen kennbar. Ähnliche Ursachen bedingen Compression der Luftröhrenäste, welche jedoch häufiger erweitert und dislocirt sind; die Bronchialdrüsen so wie die Schilddrüse sind oft sehr geschwollen und verhärtet, erstere melanotisch, letztere mit Cysten von verschiedenem Inhalte. Die Lungen werden durch das Zwerchfell nach aufwärts, durch das vergrösserte und verschobene Herz nach hinten, oder durch die Convexität der Wirbelsäule nach vorne gedrängt. Sie unterliegen den verschiedenartigsten Degenerationen, doch kaum einer echten, legitimen Pneumonie, und eben so selten der Tuberkelbildung. Allenfalls vorhandene Tuberkel sind stets von älterem Datum, und die Buckligen von Tuberkelschwindsucht frei. Die Pleuren sind fast ohne Ausnahme allenthalben stark verwachsen oder entzündet, mit Exsudaten von verschiedenartiger Beschaffenheit. Aus diesen Zuständen werden die verschiedenen Symptome der Athmungswerkzeuge Buckliger erklärlich. —

III. Zustand der Verdauungswerkzeuge. Die Schlingbeschwerden Buckliger finden in Verdrängung, Biegung oder Druck des Schlundes durch die Wirbelsäule ihren Grund. Der Magen ist mannigfach verdrängt, häufig deform, der Pylorus nicht selten verhärtet, der Magengrund aufgetrieben; die Magenschleimhaut oft runzlich, grau, mit viel Schleim bedeckt, mit einzelnen Erosionen, überhaupt im catarrhalischen Zustande. Die Gedärme leiden mannigfach durch Dislocation und ihre Folgen, sie sind in der Regel mit Gasarten stark angefüllt, ihre Schleimhaut mehr passiv, bisweilen höher geröthet, aufgeschwollen, blutend und geschwürig. Das Bauchfell häufig stellenweise getrübt, entzündet, verdickt, granulirt, mit Exsudaten erfüllt. Die Leber leidet durch verschiedenartige Verdrängung in Form und Structur, bei welch' letzterer in der Regel die rothe Substanz vorwiegt; selten wird sie atrophisch, geht auch nicht in Erweichung und Krebsbildung über. Die Gallenblase enthält oft Steine, bald dünne, bald dicke und schleimige Galle, einmal war sie ganz obliterirt. Die Gallengänge sind verengt. Die Milz dislocirt, hyperämisch und bald verschrumpft, bald erweicht, das Pancreas krebsig entartet. Diese Zustände geben sich durch die verschiedenartigsten Störungen der Chylopoëse zu erkennen.

IV. Harn und Geschlechtsorgane. Als

Leiden dieser findet sich Dislocation der Nieren oft bedeutend, so dass die rechte Niere einmal halb im kleinen Becken neben dem vordern, obern Dorn des Darmbeines lag u. dgl. Bei Druck der hypertrophischen Leber auf die genannte Niere wird diese verkleinert, die linke vicariirend vergrössert. An beiden finden sich Cysten mit serösem Inhalte, Erweiterung der Kelche, Ansammlungen von Schleim und Eiter in demselben, Blutaustretungen, selten auffallende Substanzveränderungen. Die Harnblase ist oft nach unten gedrängt, der Uterus oft vorgefallen, hyperämisch, mit gestielten Fibroiden besetzt, krebshaft. Die Eierstöcke öfters welk, körnig und hart, verkrümmt, mit serösen Blasen oder Fibroiden versetzt. An den männlichen Genitalien fand R. keine auffallenden Veränderungen. Harnbeschwerden, Unfruchtbarkeit, Menstruationsstörungen, Leucorrhöen und Hysterie Buckliger finden hierin ihre Erklärung. Die geburtshülflichen Folgen liegen am Tage.

V. Was die Zustände des Nervensystems betrifft, hat R. weniger Untersuchungen anstellen können, da die Eröffnung der betreffenden Höhlen seltner gestattet wird. Er erwähnt hier bloss als Eigenthümlichkeit Rhachitischer die vorherrschende Entwicklung des grossen Gehirnes, und glaubt hierin den Grund für die selbst vom Volke anerkannte entwickeltere Intelligenz zu finden, welcher Vorzug jedoch im höheren Alter leicht in eine reizbare, giftige und grämliche Gemüthsverfassung übergeht. Häufig sind Kopfcongestionen, meist venöser, doch auch arterieller Natur, dann besonders heftig und von Schwindel, Ohrensausen, Nasenbluten, Hirnerweichung und Schlagfluss begleitet oder gefolgt. Das Rückenmark erleidet nur bei winkliger Krümmung der Wirbelsäule directen, Paraplegie herbeiführenden Druck. Auch finden sich Congestion und Entzündung in demselben, obgleich der Muskelschmerz in Rumpf und Gliedern oft auch der ungeheuren Verschiebung, Verzerrung und Dehnung der immer dürftiger werdenden Muskel zuzuschreiben sein mag.

Rücksichtlich der Therapie bemerkt R. nur das allen Leiden Gemeinsame. Die ätiologische Indication befiehlt grösste Ruhe in geistiger und körperlicher Hinsicht, mässigen Genuss reiner, freier Luft und Körperbewegung. Anstrengungen, Affecte, erhitzende Getränke, schwere, blähende Speisen sind unbedingt schädlich. Der symptomatischen Behandlung steht ein weites Feld offen; vor allem wäre die Stützung des immer tiefer sinkenden Thorax vorzunehmen, zu der wir aber noch den zweckdienlichen Apparat vermissen. — Zu den radicalen Mitteln gehören vor allem die auflösenden Arzneistoffe, die durch Leber- und Darmausscheidungen eine Art von Bauchathmen einleiten, Lungen und Herz von der übermässigen Menge venösen Blutes befreien. Dergleichen sind: Schwefel, weinsteinsaure und essigsaure Neutralsalze, nach Befinden auflösende Extracte, Ochsengalle, Seife, Rheum, Aloë, *Aqua amygdalarum* (statt *Aq. laurocerasi*), Schierling und mit Vorsicht Quecksilber. Bei Catarrhen der Luftwege oder der Schleimhaut des Speisecanales passen Salmiak, *Tart. emet.*, Goldschwefel, Bilsenkraut. Bei entzündlicher Lungenaffection fand R. bei den von ihm beobachteten Fällen energische Blutentzündungen, wegen Herbeiführens hydropischer Umstände minder angezeigt, wohl aber die kühlende, lösende, ableitende Methode. — Heftigere Congestion, Herzleiden sind den gewöhnlichen Grundsätzen gemäss zu behandeln. Bei durch Einklemmung der Luftröhre drohender Erstickung sind Ruhe, passende Lage, kühlendes Verfahren, Förderung der Schleimhautcrise bewährt, vielleicht auch eine Aushöhlung des comprimirenden *Manubrium sterni* durch Trepanation. Gegen Paraplegie fand R. einmal den ausdauernden Gebrauch von *Nux vomica* bewährt, die er auch bei manchen der obengenannten gastrischen Beschwerden *refracta dosi* empfiehlt. Es folgen nun 9 Krankheitsgeschichten, die merkwürdig und besonders in diagnostischer Beziehung sehr lehrreich sind, rücksichtlich deren wir jedoch auf das Original verweisen müssen. (*Häser's Archiv f. d. gesammte Medicin. 1845. VII. Bd. 3. Hft.*)

Blodig.

Heilung eines Veitstanzes durch Blutegel. Von Dr. H. Schweich in Neuwied. — Ein 17jähriges, etwas chlorotisches und noch nicht menstruirtes Mädchen litt an jener Form des Veitstanzes, die sich auf die oberen Extremitäten und die Halswirbel beschränkt. Jeder Zorn oder Schreck brachte augenblicklich einen tonischen Krampf der oberen Extremitäten und des rechten Kopfnickers hervor, dergestalt, dass sich die beiden Hände, besonders aber die rechte Hand, so sehr dem Vorderarm näherten, dass die Finger fast die Handwurzeln berührten und der Kopf sich ganz auf die rechte Seite beugte. Gleichzeitig waren clonische Krämpfe in den geraden und schiefen Augenmuskeln vorhanden. Die Paroxysmen dauerten meist 5—8 Minuten, wobei das Bewusstsein aufgehoben war; doch fanden auch unvollkommene Anfälle Statt, wobei bei ungetrübtem Bewusstsein bloss der rechte Arm einige krampfhafte Bewegungen machte. Gleichzeitig hatte Pat. ein Gefühl von Steifigkeit im Nacken, welches auch ausser den Paroxysmen in geringem Grade vorhanden war. Die Untersuchung ergab grössere Empfindlichkeit des letzten Hals- und des ersten Brustwirbels, und starken Schmerz beim Drucke auf diese Stellen. Das Übel, gegen welches schon 2 Jahre hindurch ein Heer von Arzneimitteln fruchtlos gebraucht worden war, wurde demnach als *Meningitis spinalis* erkannt. Sch. liess täglich 2 Blutegel an die bezeichnete Stelle setzen, worauf zuerst Milderung der Paroxysmen und nach 14—18 Tagen vollständige Heilung erfolgte. (*Österlen's Jahrb. für pr. Heilk. 1845. Nr. 5.*)

Nader.

Schnell verlaufende Harnruhr. Von R. Hindle. — Georg H., Buchdrucker, ein schlank aufgeschossener Jüngling von 18 Jahren, aus einer zur Tuberculose geneigten Familie, erfreute sich bis in die letztere Zeit einer guten Gesundheit. In den letzten Wochen musste er seine Arbeit in der Nähe eines unge-

mein stark geheizten Ofens verrichten, doch klagte er niemals über Unwohlsein. Erst vor 4 Tagen, nachdem er einige Stunden länger als gewöhnlich gearbeitet hatte, fühlte er sich sehr ermattet, und begab sich desswegen vor der gewöhnlichen Stunde zu Bette. In dieser Nacht wurden seine Angehörigen durch den häufig wiederkehrenden Drang zu uriniren auf seinen Zustand aufmerksam gemacht; die Quantität des gelassenen Harnes soll nicht weniger als sieben Pints betragen haben. Auf näheres Befragen erinnerten sich seine Angehörigen, dass sie seit drei, längstens vier Wochen, jeden Morgen eine ungewöhnlich grosse Quantität Harn im Gefässe gefunden haben, dass er seit dieser Zeit sehr viel Wasser trinke, und sein Vater glaubte sogar zu bemerken, dass er jetzt schlechter aussehe, als vor dieser Zeit.

Der Verfasser fand den Kranken in einem Armstuhle sitzend, seine stumpfe und verstörte Physiognomie machte H. im ersten Momente glauben, dass er es mit einer *Febris continua* zu thun habe. Der Kranke klagte über grosse Mattigkeit und Durst; der Puls 98, schwach, zitternd; die Temperatur der Haut vermindert, dennoch verlangte er immerwährend den Zutritt kühler Luft; die Zunge trocken und dunkel, aber nicht stark belegt; bedeutend vermehrter Abgang von Urin, derselbe ist strohgelb, stark zuckerhältig; Stuhlverstopfung.

Häufige Clystiere bewirkten die Entleerung des Darmcanals in kleinen, trockenen, scybalösen Massen. Um den rasch zunehmenden Collapsus aufzuhalten, wurde *Liquor acet. amm.* mit Laudanum und Wein verordnet. Es hatte aber keinen Erfolg. Der Kranke wurde unruhig, fühlte sich in jeder Lage unbehaglich, und die Temperatur des Körpers nahm rasch ab. Eine starke Dosis Opium verschaffte zwar eine zweistündige Ruhe, worauf aber obige Symptome von neuem eintraten. Nach zwei Tagen starb er. Die Section wurde nicht gestattet. (*Provinc. Med. and Surg. Journ. July 1845.*) *Morawetz.*

Eigenthümliche Anwendung des Hydrochloras morphii gegen Neuralgien. Von Dr. Ebrard. — Des Verf. Anwendungsweise besteht darin, dass er das Mittel in das Zahnfleisch der kranken Seite einreiben lässt. Er wünscht dadurch die manchmal unzuverlässige und besonders am Gesichte unstatthafte endermatische Methode zu ersetzen. Ein Viertelgran des Salzes wird (bei Odontalgien, Frontalneuralgien etc.) mit der Fingerspitze in das Zahnfleisch der kranken Seite eingerieben, worauf man während zwei Minuten den Speichel weder hinabschlingen noch ausspucken soll. Bringt die erste Einreibung keine Erleichterung, so macht man nach zwei Stunden, aber nicht früher, eine zweite. Ist der Zustand derselbe geblieben und kein Narcotismus eingetreten, so wende man den andern Morgen auf zwei Male im Zwischenraume von zwei Stunden zwei Drittel Gran des Salzes an. Mag nun der Erfolg welcher immer sein, so dürfen fernere Einreibungen nur mit verringerten Dosen Statt haben. E. hat in den meisten Fällen erwünschte Erfolge gesehen. (*Journal de médecine de Lyon* in *Revue médicale. 1845. August.*) *Blodig.*

D. Toxicologie.

Ein Fall von Vergiftung durch den Genuss unreifer Kartoffeln. Beobachtet von Dr. Muncke zu Walldürn. — Derselbe wurde am 4. August 1843 Abends zur Frau eines Maurers gerufen, und sah folgendes Krankheitsbild: Heftiges Würgen, Erbrechen und Durchfall seit etwa 6 Stunden, mit Ausleerung von Kartoffelstücken und schleimig wässeriger Flüssigkeit auf beiden Wegen, tonischer Krampf der Wadenmuskeln und Fingerbeuger, eingeballte Daumen, grosse Schwäche, *Facies hippocratica*, bedeutende Pupillenerweiterung; Gesicht, Brust und Gliedmassen kalt, die Augen in ihre Höhlen eingesunken, Pulsschläge 100 in der Minute, schnell, sehr klein und leer, die Zunge vollkommen rein, die Magengegend bei mässigem Drucke empfindlich, Respiration unregelmässig, zuweilen unterdrückt, meist kurz und unvollkommen; das Bewusstsein bedeutend gestört, eine halbe Stunde lang bis kurz vor seiner Ankunft die Zeichen gänzlicher Ohnmacht. — Auf ein dargereichtes Brechmittel (*tart. stib. gr. quinque*) und Senfteig auf die Magengegend entleerte sich durch Erbrechen eine beträchtliche Menge unverdauter Kartoffelstücke, und erfolgten zugleich mehrere Stuhlausleerungen, worauf das Bewusstsein vollständig zurückkehrte. Die Kranke sagte aus, in den letzten 14 Tagen und zuletzt zu Mittag desselben Tages viel neue Kartoffeln, ihre Lieblingsspeise, genossen zu haben. Nach 2 Stunden stellte sich wieder die natürliche äussere Körperwärme ein, der Krampf liess nach, der Puls wurde ruhiger und voller. Bei fortgesetzter kleiner Gabe des Brechmittels erfolgte bis zum nächsten Tage noch mehrmahliges Erbrechen, wodurch zuletzt blosse Galle sich entleerte worauf ein gelindes Purgans (*Dect. fruct. tamar.*) verordnet wurde. Am dritten Tage hörte das Erbrechen und der Krampf ganz auf, durch die seltenen Stuhlgänge gingen keine Speisereste mehr ab, die Zunge blieb immer rein *Emulsio oleosa cum aqua laurocerasi.* Sofort erholte sich die Kranke so, dass sie am achten Tage das Haus verlassen konnte, nachdem sie durch einige Tage einen weinigen Aufguss von Chinarinde genommen hatte. — Hieran knüpft Verf. folgende Bemerkungen: Dass dieser Fall nicht als ein einfacher Saburralzustand, sondern als wahre Vergiftung zu betrachten sei, dafür spricht ausser dem eigenthümlichen Symptomen-Complex die immer völlig reine Zunge und die Abwesenheit anderweitiger Krankheitsursachen; die Kranke war 43 Jahre alt, mager, aber von starker Constitution und früher grösstentheils gesund. Verf. spricht ferner über die Schädlichkeit des Genusses unreifer Kartoffeln im Allgemeinen und im speciell angeführten Falle, und erwähnt mehrerer hieher bezüglicher Beobachtungen. Die grüne Farbe der Kartoffeln ist kein sicheres Zeichen der Unreife; denn sie entsteht dadurch, dass die unbedeckten Knollen

dem Lichte ausgesetzt sind, was sowohl bei reifen als unreifen der Fall sein kann. Die Frage, ob die geschilderten Vergiftungszufälle dem in den Kartoffeln enthaltenen Solanin oder einem anderen ähnlichen Pflanzengifte zuzuschreiben seien, glaubt Verf. in Bezug auf ersteres bejahen zu müssen, obwohl dasselbe bis jetzt aus unreifen Kartoffeln noch nicht, wohl aber aus den in Kellern in den aufbewahrten Kartoffeln sich entwickelnden Keimen erzeugt wurde. Jedenfalls sei es aber nur in geringer Menge in unreifen Kartoffeln enthalten, wesshalb diese auch nur selten und im Übermasse genossen, wie im erwähnten Falle, heftige Krankheiten veranlassen. Bemerkenswerth ist die in vorliegendem Falle vorhanden gewesene Erweiterung der Pupille, da nach Geiger dem Solanin diese Eigenschaft nicht, sondern nur dem Atropin, Hyoscyamin und Daturin zukommen soll. *(Heidelberger medicinische Annalen. 11. Bd. 2. Heft.)* Diegelmann.

Gefahr der Arsenikeinspritzungen in Leichname Behufs anatomischer Untersuchungen. (Anonym.) — Beim letzten Concurse für die Stelle eines Vorstehers der anatomischen Anstalt zu Montpellier bedienten sich die Prüfungscandidaten zu den Demonstrationen mittelst Arsenik behandelter Leichentheile. Bei allen (5) traten alsbald mehr oder minder bedenkliche Cerebral- oder auch gastro-enteritische Erscheinungen auf Überdiess fühlte jeder von ihnen einen excessiven, andauernden, stechenden Schmerz in den Fingerspitzen, mit Auftreibung derselben, Blutanhäufungen und Ecchymosen unter den Nägeln, heftiges Pulsiren der Collateralarterien, Unmöglichkeit, irgend ein Instrument zu führen. *(Journal de Chimie légale etc. in Revue médicale. 1845. Juillet.)* *Blodig.*

Schädliche Wirkung des Sp. Terebinthinae auf den menschlichen Körper. Von Bouchardat. — Verf., mit *Sp. terebinthinae* arbeitend, athmete zu verschiedenen Epochen eine hinreichende Menge des Dampfes, da er jedesmal 5–6 Stunden in dem damit erfüllten Raume zubrachte. Während dieser Stunden empfand er bloss etwas Kopfschmerz, der aber so gering war, dass er einem minder aufmerksamen Beobachter leicht entgangen wäre. Der Puls war regelmässig, Appetit wie gewöhnlich. Die eigentlichen Intoxications-Erscheinungen zeigten sich erst Nachts, zur gewöhnlichen Ruhestunde: Schlaflosigkeit fortwährendes Herumwerfen, heisse Haut, der Puls hatte 65 bis 68 Schläge in der Minute; die Harnabsonderung war etwas schwierig, der Harn sehr stark den bekannten specifischen (Veilchen-) Geruch zeigend. Diesen Erscheinungen folgte des andern Morgens Steifheit der Gliedmassen, ein Gefühl von Schwere, Schmerz in der Nierengegend. Dieser Zustand von Mattigkeit, Kraftlosigkeit und Unmöglichkeit, etwas zu arbeiten, dauerte zwei bis drei Tage. — Personen, welche Örtlichkeiten bewohnen, die entweder mit terpenthinhältigen Farben bemalte Gegenstände enthalten, oder selbst damit übertüncht sind, empfinden etwas Ähnliches; weniger ist diess bei Anstreichern der Fall, die sich derartiger Farben bedienen. Bei diesen scheint der Organismus durch Gewohnheit gegen die Wirkung des Terpenthins abgestumpft zu sein. *(Revue médicale. 1845. Juillet.)* *Blodig.*

Phosphorismus, Fall von chronischer Phosphorvergiftung. Von Dr. M. Huss. — Ein robuster, kräftiger Mann, der seit 3 Jahren mit Phosphorbereitung und Verfertigung von derlei Feuerzeugen beschäftigt war, und gleichzeitig in dem Zimmer, wo er arbeitete und den Phosphor aufbewahrte, wohnte, athmete bei einer zufälligen Explosion des letzteren und dem Versuche, den Brand zu löschen, so viel Phosphordünste ein, dass er beinahe erstickte. Darauf folgte ein Gefühl von Schwäche im Rücken, eine gewisse Schlaffheit in den Knien und Beinen, und Schwäche in den Armen; Zittern beim Versuche zu gehen oder sich fest zu halten, das Gefühl, als ob etwas zwischen Haut und Fleisch kröche. Dazu kam bedeutende Reizung der Geschlechtsorgane, später ein Unvermögen, den Penis zur Erection zu bringen. Bei der Aufnahme in das Spital fand Verf. folgenden Zustand: Grosse Schwäche in den Beinen, wackelnden unsicheren Gang, Einknicken der Knie beim Stehen, Schwäche und Zittern der Arme und Hände, besonders beim Ausstrecken. Die Muskeln, vorzüglich die der Extremitäten, zuckten beim Liegen am ganzen Körper auf und nieder, wobei jedoch nur einzelne Muskelbündel in ungleicher Zeit ergriffen wurden. Die Zuckungen waren nicht schmerzhaft; hörten sie auf und berührte man irgend eine Stelle, so begann das Muskelspiel sofort wieder. Die Empfindung von Kriechen unter der Haut, deren Gefühl überhaupt schwächer geworden, war nur noch im linken Arme vorhanden. Eine Dislocation der Wirbel ward nicht bemerkt, noch waren dieselben empfindlich, es war nur eine gewisse Schwäche im Rücken vorhanden, besonders bei Sitz- und Aufrichtungsversuchen, wobei Pat. leicht zusammensank und dann auch wohl einige Schmerzen im Rücken fühlte. Die Zunge war ganz frei und beweglich, doch stotterte Pat. etwas, was er früher nicht gethan. Sonst liess sich am Kranken nichts entdecken. Reizmittel auf den Rücken, Dampf-, alcalische und Schwefelbäder, Arnica, Opium, Strychnin wurden ohne allen Nutzen gebraucht. Später bildete sich eine völlige Paralyse der Extremitäten aus. — Chronische Vergiftung durch Phosphor scheint zunächst das Rückenmark, nicht aber das Gehirn anzugreifen; der Phosphor aber anfänglich reizend, sodann deprimirend auf das Genitaliensystem zu wirken. — Paralysen nach Bleivergiftungen haben manche Ähnlichkeit mit diesem Falle. Zweimal hatte der Verf. Gelegenheit, die Leichen durch Bleivergiftung Paralysirter zu untersuchen. Er fand keinerlei Veränderungen des Rückenmarkes vor, so dass diese auch wohl nicht in Fällen von Phosphorvergiftung vorhanden sein werden, wenigstens nicht im Anfange. Dann dürfte wohl nur eine blosse Störung der Function vorhanden sein. *(Dr. M. Huss's Bericht über das Seraphim-Spital zu Stockholm im Jahre 1842 in Oppenheim's Zeitschrift für die gesammte Medicin. 1845. 30. Bd. 1. Heft.)* *Blodig.*

3.

N o t i z e n.

Mittheilungen aus England und Irland. Von dem k. k. Primarwundarzte Dr. Carl Sigmund in Wien.
(Fortsetzung.)

Medicinalreform, Ansichten und Ergebnisse.
(Fortsetzung.)

Die Höhe der Krankenzimmer ist in den Anstalten sehr verschieden; in den neueren, ausdrücklich für Spitäler bestimmten Gebäuden finden wir meist auf die genügende Höhe — mindestens 12 — 14′ — Bedacht genommen, während in den ältern, so wie in den neueren, nicht ausdrücklich für Kranke gebauten, sondern später erst dazu verwendeten Häusern die Zimmer in der Regel zu niedrig, oft nicht einmal 10 — 11′ hoch sind. Nun ist es aber (andere äussere Einflüsse abgerechnet) bei einem Krankenzimmer gerade eine angemessene Höhe, welche auf die Beschaffenheit der Luft den meisten Einfluss ausübt; ohne auf die, namentlich für das so humane und so erfolgreiche System isolirter Einsperrung von Verbrechern zuerst angewendeten eiteln mathematischen Berechnungen der Luftmenge nach Cubikklaftern, Schuhen und Zollen, welche ein Mensch zu seinem Dasein unbedingt bedürfen soll, zurückzugehen, wissen wir aus zahlreichen, diessfalls unternommenen vergleichenden Versuchen, dass in einem Krankensaale von 18 — 24′ Breite und 14 — 16′ Höhe die Kranken sich wohl befinden werden, sobald die Betten in gehöriger Entfernung von einander gestellt sind. Die auf dem Continent durchgehends übliche Stellung der Betten mit Anfügung des Kopf- oder Seitentheiles an die Wand trifft man auch in England wieder, und dieselbe ist schon wegen der Befestigung der Bettvorhänge beliebt. Gegen diese Aufstellung ist hier, wie in vielen Anstalten des Continents, einzuwenden, dass die Beleuchtung und die Reinlichkeit der Betten dadurch beeinträchtigt wird, während Zugänglichkeit von allen Seiten mangelt, die doch oft das Haupterforderniss eines Bettes für Kranke ausmacht *). Nun stehen allerdings in manchen Anstalten die Fenster ziemlich nahe an einander, und gehen, was die Hauptsache ist, bis auf 2 — 3 Fuss Höhe über dem Fussboden herab; die Betten können daher genügendes Tageslicht empfangen, sie mögen wo und wie immer aufgestellt sein; dagegen ist die Überwachung der Reinlichkeit, zumal bei den mit Vorhängen umschlossenen Betten unausführbar, und der Kranke häufig nur von einer oder zwei Seiten zugänglich. Um dieser Rücksichten willen scheint die Aufstellung der Betten in der Mitte der Krankenzimmer der Art, dass bei einer Doppelreihe (je nach der Beleuchtung) die Kopftheile oder die Kopf- und Fusstheile der Betten einander gegenüberstehen, und zwischen demselben ein schmälerer, zwischen Betten und Wand aber ein breiterer Zwischenraum übrig bleibt, die vorzüglichste zu sein. In dem Beguinenhofe (*beguinage*) zu Brüssel findet sich eine solche Aufstellung; sie macht durch Zweckmässigkeit und niedliches Aussehen der an den Wänden freien Säle einen sehr angenehmen Eindruck (s. Mittheilungen aus Belgien u. s. f. Wochenschr. 1843. Nr. 28 u. s. f.). — Die gegenseitige Entfernung der Betten ist leider in vielen ärmeren Anstalten nicht weit genug, und zumal bei geringer Höhe und Weite der Krankenzimmer nicht ohne nachtheiligen Einfluss auf den Kranken, für welchen in einem wohlgehaltenen Hause bei der oben gedachten Höhe und Weite der Räume die Betten mindestens so weit von einander zu stellen sind, als ihre Breite beträgt, wobei die gegenüberstehenden wenigstens anderthalb oder zwei Mal so entfernt zu stehen kommen, als die Bettstätte lang ist. Glücklicher Weise hat man bisher selbst in den ärmsten Anstalten (das Londoner *Free hospital,* die Hafenspitäler in Liverpool, die Armenspitäler Dublin's u. a. m.) auch in den mittlern Raum der Säle noch keine dritte Reihe von Betten gestellt, und in der That könnte man dem Kranken nur zu seinem empfindlichen Nachtheile einen noch engeren Raum anweisen, als der eben gedachte wäre; was man durch wiederholte und fortgesetzte Lüftung bei Tage und namentlich im Sommer in beschränkteren Räumen zu ersetzen meinte, das würde in der Nacht und namentlich im Winter dem Kranken desto entschiedener entzogen, wo die wiederholte und fortgesetzte Lüftung geradezu unausführbar ist, möge man dazu auch sonst noch so zuverlässige Apparate besitzen. Indessen haben eben die hier berührten Andeutungen theils keine Rücksicht, theils kein Gehör,

*) Dass diese Forderungen nicht ohne wesentlichen Zusammenhang mit der Krankenpflege sind, erfährt man in jenen Anstalten, in denen die Fenster verhältnissmässig zu der Grösse der Säle ohnehin zu klein, 6 — 7′ hoch über dem Fussboden angebracht, die Fensterbrüstungen in dicken Wänden ausgebaut, die Fensterbreter endlich ganz horizontal gelegt worden sind, daher das Licht wohl in die Mitte der Zimmer, nicht aber auf die Betten selbst einfällt, während umwölkter, trüber Tage und namentlich am Morgen und Abend ohne künstliche Beleuchtung eine genaue Besichtigung der Kranken zunächst in den Sälen zu ebener Erde — bekanntlich dem gewöhnlichen Asyl chirurgischer Kranken — geradezu unmöglich ist, nicht zu gedenken der durch das Dunkel begünstigten Wucherung von Schmutz und Unreinlichkeit aller Art in den Betten und um dieselben.

ja in einigen Anstalten offene Widersacher gefunden. Bedenkt man, dass wir in Spitälern, nächst dem Lager und der Wartung, gar häufig den Kranken nichts mehr zu bieten vermögen als unverdorbene Luft, erwägt man ferner, dass deren Einfluss auf Wohl und Wehe der Kranken oft entscheidender eingreift als alle unsere Hülfsmittel und Labsale der Kunst, so wird man mit uns alle Waffen gegen eine dritte Reihe von Betten ziehen, und die philanthropischen Widersacher ganz einfach einladen, eine Winternacht in einem solchen dreifach mit Kranken belegten Saale zuzubringen, und dann ihr Urtheil noch einmal auszusprechen. In der That, das so häufig als minder gefühl- und theilnahmvoll geschilderte Herz eines Spitalsarztes wird bei dieser Betrachtung — wenn auch macht- und fruchtlos — dennoch lebhaft gerührt und macht sich gelegenheitlich wenigstens in einem Stosseufzer Luft!

Beinahe durchgehends sind zwischen den Betten **Kästchen** oder **Tischchen** (verschiedener Form und Grösse in den einzelnen Anstalten) angebracht, welche der Kranke zur Aufstellung seiner Bedürfnisse: Spucknapf, Trinkglas, Urinflasche, Bücher u. dgl. benützt. Die hie und da noch vorkommende Einrichtung, wornach am Kopftheile des Bettes ein langes Bret angebracht ist, auf welches jene Bedürfnisse zu legen wären, erscheint sehr unbequem und führt zu einem noch häufigeren Verluste an zerbrechlichen Gebäthschaften. Beiläufig sei hier erwähnt, dass man im Sinne einer wohlberech neten Öconomie, namentlich bei den Geschirren nach dem dauerhaftesten und nicht nach dem wohlfeilsten Stoffe greift. Wir sehen häufig sogenanntes Steingut und Porcellain zu fast allen Sorten von Geschirren verwendet; Zinn und das trefflich verzinnte Eisenblech dienen dagegen in England weit häufiger als auf dem Continente zu Küchengeschirren, und letzteres auch zu den zahlreichen Theekannen, während Kupfergeschirre im Allgemeinen weit seltener im Gerauche sind als auf dem Continente, und im Vorbeigehen sei es bemerkt, dass das deutsche Packfong, diese elende Nachahmung des Silbers (englisch *german silver* benamset), in die englische, diessfalls vom Gesetze ganz und gar nicht überwachte Küche noch nirgends Eingang gefunden hat, während dasselbe unbegreiflicher Weise in einigen Ländern des Continentes mit übrigens vorzüglicher Sanitäts-Gesetzgebung zu mancherlei Essgeräthschaften gesetzlich gestattet wird.

Zur Verwahrung der Materialien, inbesondere der Wäsche und Kleidungsstücke, sind die Kästen mit seltenen Ausnahmen ausserhalb der Krankenzimmer angebracht, eine Einrichtung, welche mannigfache Vortheile gewährt, vornehmlich wenn es sich um die Beseitigung der gebrauchten und beschmutzten Materialien handelt. Nur mit Widerwillen gewahrt man in einigen Anstalten des Continentes die Sammlung der verunreinigten Wäsche in einem im **Krankenzimmer selbst** aufgestellten Kasten; dass es aber noch Spitäler gibt, in denen die von den Kranken entfernten, mit Jauche, Eiter, Blut u. s. f. besudelten Verbandstücke in einem solchen Kasten **innerhalb des Krankenzimmers**, sei es auch nur den Tag und die Nacht über, aufbewahrt werden, das wird man wohl nur dann glauben, wenn man es mit eigenen Augen gesehen und mit eigener Nase gerochen hat.

(Fortsetzung folgt.)

Verordnung.

Seine k. k. Majestät haben mit allerhöchster Entschliessung vom 2. September d. J. zu bewilligen geruhet, dass der Dienst der Secundarärzte im Bezirks-Krankenhause auf der Wieden, gleich dem der Secundarärzte im k. k. allgemeinen Krankenhause, als öffentlicher Spitaldienst angesehen werde.

Im Sinne dieser allerhöchsten Entschliessung werden nunmehr die Primarien dieser Anstalt von der k. k. n. ö. Landesregierung ernannt, die Secundarärzte aber von den Primarien gewählt und der Direction zur Genehmigung angezeigt. Die Dienstzeit der Secundarärzte ist auf zwei Jahre beschränkt, und nur aus wichtigen Dienstesrücksichten auf fernere zwei Jahre zu verlängern. Ausser den Secundarärzten werden auch externe und interne Präparanden zum Spitalsdienste zugelassen und zu Secundarärzten gebildet. Die Secundarärzte und interne Präparanden erhalten förmliche Anstellungsdecrete, müssen der Spitalsdirection die Angelobung ihrer Dienstespflichten leisten, und haben sich nach der für Secundarärzte des k. k. allgemeinen Krankenhauses bestehenden Dienstesinstruction zu benehmen.

4.

Anzeigen medicinischer Werke.

Entwurf einer pathologisch-anatomischen Propädeutik. Von Dr. Jos. Engel. Wien 1845, bei Kaulfuss Witwe, Prandel & Comp. 8. 132 Pag.

Wenn man manche in medicinischen Journalen aufgetischte Sectionsberichte liest, die oft ohne Ordnung und mit ermüdender Weitläufigkeit normale Eigenschaften der Organe aufzählen oder Symptome der Agonie oder Leichenhypostasen als Krankheitsproducte anführen; wenn man die Confusion betrachtet, die noch immer in der Bezeichnung der verschiedenen Krank-

heitsproducte an der Leiche herrscht, so kann man nicht zweifeln, dass eine gründliche pathologisch-anatomische Vorbereitung für jeden Arzt ungemein nothwendig sei. Dieses Bedürfniss wohl erkennend, übergibt der geniale Herr Verf., dessen lehrreiche Vorträge am Leichentische noch jedem seiner Schüler in lebhafter Erinnerung schweben, im vorliegenden Werke die Grundsätze der pathologisch-anatomischen Vorbereitungslehre. Es zerfällt in 3 Theile, nämlich in die Methodik, in die anatomische Terminologie und in die anatomische Diagnostik.

In der Methodik (Seite 2—31) entwirft Verf. den Plan, nach welchem eine genaue und wissenschaftliche Untersuchung der Leichentheile vorgenommen werden soll. Er beginnt mit der Anleitung zur microscopischen Untersuchung, und zeigt, wie die Gegenstände dazu präparirt werden müssen, was an den gehörig präparirten Gegenständen zu studiren sei, und welche Schlüsse aus den Beobachtungen gezogen werden dürfen. Hierauf folgt das Nöthige über die Technik oder das manuelle Verfahren bei pathologisch-anatomischen Untersuchungen.

Die Terminologie (Seite 31—103) handelt von der anatomischen Sprache und von der Führung des Sections-Protocolles. In Beziehung auf die Sprache stellt Verf. folgende Anforderungen: Sie soll bestimmt sein, d. i. keine Ausdrücke aufnehmen, deren Bedeutung nicht vollkommen festgestellt ist, sie soll kurz und dabei doch umfassend sein, d. i. sehr zusammengesetzte und unnütze Ausdrücke möglichst vermeiden und doch alle wesentlichen Begriffe ausdrücken; neue Worte sollen ohne Noth nicht gemacht werden; zusammengesetzte Ausdrücke dürfen nicht Worte enthalten, von denen schon jedes für sich einen Hauptbegriff bezeichnet. Hierauf eine umfassende Darstellung der richtigsten Bezeichnungen der pathologisch-anatomischen Objecte in Bezug auf ihre Lage, Verbindung, Grösse, Masse, Cohäsion, Elasticität, Gestalt, Farbe, Glanz, Durchsichtigkeit, Structur u. s. f. Nach diesen erörtert Verf. die Grundsätze zur Abfassung des Sectionsprotocolles. Dasselbe soll geordnet, vollständig und kurz sein, es soll alles Wesentliche aufnehmen, das Unwesentliche aber übergehen. Wesentlich ist jedes Krankheitssymptom, unwesentlich jedes Leichensymptom, wenn es zur gewöhnlichen Zeit und unter gewöhnlichen Umständen auftritt; unwesentlich ist ferner die Angabe rein physiologischer Zustände; fehlerhaft ist es demnach im Protocolle anzugeben, was normal ist, oder gar ein Organ als normal selbst anzuführen (z. B. heisst es oft: Schilddrüse rothbraun, das Pancreas grobkörnig, der Uterus normal etc.), oder dasjenige anzuführen, was nicht ist, ausser wenn die Abwesenheit eines normalen Symptomes bemerkbar wird, z. B. die Luftleere der hepatisirten Lunge. In den folgenden geht nun Verf. die einzelnen pathologisch-anatomischen Objecte, wie sie bei der äusseren und inneren Untersuchung der Leiche zum Vorscheine kommen, nach ihren physicalischen und anatomischen Eigenschaften durch, und macht bei jedem besonders auf die Unterschiede aufmerksam, welche schon im Normalzustande durch die verschiedenen Altersperioden bedingt werden. Als eine ganz fehlerhafte Art der Protocollsführung rügt Verf. die aus legalen Fällen in die pathologische Anatomie herübergeschleppte Sitte, in den Fällen, wo Krankheitsherde der inneren Organe sich nach aussen münden, die Ausmündungsstellen bei der äusseren Untersuchung, die damit zusammenhängenden tieferen Krankheiten aber bei der inneren Untersuchung anzugeben, wodurch nicht allein die Möglichkeit einer guten Übersicht erschwert, sondern auch ein unnützer Wortaufwand gemacht wird. Hieran schliesst sich die genaue Würdigung der Leichensymptome in Bezug auf ihren Unterschied von den Krankheitssymptomen und den Symptomen der Agonie, ihren Werth zur Feststellung der Diagnose und die nach Verschiedenheit der Organe, des vorausgegangenen Krankheitsprocesses und des seit dem Tode verstrichenen Zeitraumes verschiedenen Formen derselben.

In der Diagnostik (Seite 103—128) werden die Grundsätze aufgestellt, nach welchen aus dem richtig abgefassten Sectionsbefunde auf die Form, den Character, das Stadium, die Dauer und die Aetiologie der Krankheit geschlossen werden soll. In die anatomische Diagnose müssen alle Schlussfolgerungen aufgenommen werden, welche ungezwungen aus den Thatsachen folgen; das Zweifelhafte ist als solches hinzustellen, der Hypothese durchaus kein Raum zu geben. Die anatomische Diagnose muss einfach, kurz, aber bezeichnend und geordnet sein. Zur Aufstellung der Diagnose gibt Verf. folgende Regeln: Ein einfaches Symptom berechtiget zu keinem Schlusse, um so weniger zu einer Diagnose, als einer Reihe von Schlüssen; dasjenige Symptom hat einen grösseren Werth und ist den andern übergeordnet, welches zusammengesetzter ist, und zwar sind Symptome derselben Categorie zusammen von geringerem Werthe, als Symptome, die von verschiedenen Categorien zusammengesetzt sind; anatomische Symptome (Structur und Inhalt) stehen immer über den physicalischen, selbst wenn letztere zusammengesetzt sind. Bemerkungen über den Werth des Leichenbefundes zur Beurtheilung der Symptome der Krankheit im Leben, und über die Abfassung der Diagnose in Worte machen den Schluss dieses Werkes, welches vom Verf. seinen Schülern gewidmet ist, jedoch gewiss nicht allein diesen, sondern jedem angehenden Pathologen eine willkommene Gabe sein wird. Wir wünschen dem Herrn Verf. einen seinem umfassenden Talente und unermüdlichen Fleisse angemessenen Wirkungskreis, und hoffen, ihm auf diesem Felde, auf welchem er sich in kurzer Zeit schon so viel Ruhm erworben, bald wieder zu begegnen. Die Verlagshandlung hat durch würdige Ausstattung des eine grosse Verbreitung verdienenden Werkes das Ihrige gethan. *Nader.*

Die angeborenen Verrenkungen. Von Ludw. Jos. Melicher, Doctor der Medicin und Chirurgie, Operateur, Magister der Geburtshülfe, Augenheilkunde und Zahnheilkunde, Secundar-Wundarzte im k. k. allgemeinen Krankenhause, der löbl. med. Facultät und mehrerer anderer Vereine wirklichem Mitgliede. Mit 2 lithographirten Tafeln. Wien, Druck und Verlag von Carl Gerold. 1845. 8. XIV und 220 S.

Die vorliegende Schrift liefert in zwei Abschnitten die Darstellung der Verrenkungen bei neugebornen Kindern im Allgemeinen und im Besonderen, umfasst mithin sowohl die während der Fötalperiode als auch die während des Geburtsactes entstandenen. In der allgemeinen Darstellung jener Verrenkungen gibt der Verf. Definition, Diagnose, Eintheilung derselben, skizzirt einige Meinungen über deren Entstehung, vergleicht die bei dem neugebornen Kinde vorkommenden Verrenkungen mit jenen des Erwachsenen, und geht sodann zur Erkenntniss derselben über; wobei die Analogien und Differenzen bezüglich anderer Krankheiten Neugeborner besonders gewürdigt werden. Auf einige Bemerkungen über die Frequenz der angeborenen Verrenkungen folgen die Angaben über den anatomischen Zustand, den Verlauf, die Vorhersage und die Behandlung jener Leiden. — Der zweite Abschnitt begreift die besondere Darstellung der Verrenkungen je nach den einzelnen Gelenken, wobei sachgemäss der häufigsten und wichtigsten des Oberschenkels die umfassendste Schilderung gewidmet worden ist. Die lithographirten Tafeln stellen dar: 1. Angeborne Subcoracoidal-Luxation der linken Schulter; 2. angeborne Subacromial-Luxation, nach Smith; 3. angeborne Schenkel-Luxation bei einem Kinde, nach Cruveilhier; 4., 5. anatomische Beschaffenheit des unteren Theiles des Skeletes von eben diesem Kinde; 6. angeborne Luxation des linken Radius, 2. Luxation des Radius nach hinten; 7., 8., 9. angeborne Schenkel-Luxation bei einem Mädchen, nach Dupuytren; 10., 11. *Luxatio spontanea femoris* im ersten und zweiten Stadium. — Die Literatur, welche die Schrift beschliesst, ist von Hippocrates *de articulis*, einschliessig der zerstreuten Journal-Artikel, bis auf Humbert's und Heine's hieher gehörige monographische Arbeiten ausgeführt.

Den hier bloss der Hauptsachen nach berührten reichhaltigen Stoff hat der Verf. mit sehr emsigem Fleiss gesammelt, mit Umsicht und Einsicht geordnet und insbesondere durch genauere Würdigung der anatomischen und physiologischen Vorgänge der Pathologie und Therapie eine wissenschaftliche Basis gegeben, wobei nicht wenige und erhebliche eigene Beobachtungen dem Verf. zur Erörterung gedient haben. Bei dem Mangel einer Schrift, die auch nur theilweise die angebornen Verrenkungen speciell behandelte, ist daher die Arbeit des Verf.'s unserer Anerkennung um so mehr werth, als gerade jetzt die orthopädischen Studien eine allseitige Theilnahme gewonnen haben. Aus Rücksicht auf den eben gedachten Mangel wird man auch die Lacunen einer solchen Arbeit gleichwie die noch nicht durchweg begründeten Ansichten, namentlich über Entstehung und Verlauf der selteneren Arten von angeborenen Verrenkungen, angemessen zu beurtheilen wissen; ebenso wird man die Angaben über die Therapie, bekanntlich heutzutage das schwächste Capitel aller pathologischen Monographien, betrachten. Vorzüglich in letzter Beziehung hat sich der Verf. bemüht, die vorhandenen Empfehlungen und Rathschläge unserer Collegen getreu wieder zu geben; wir wünschen, dass er dieselben öfter und erfolgreicher bestätigt finde, als bisherige wiederholte Prüfungen am Krankenbette gelehrt haben. Für den Practiker bieten die angebornen Verrenkungen am Schultergelenke (S. 86 u. s. f.) noch mehr aber jene des Oberschenkels (S. 118 u. s. f.) das wesentlichste Interesse, letztere insbesondere ihrer Häufigkeit und der vielfachen Beobachtungen wegen, welche darüber gemacht worden sind, da schon Hippocrates dieselbe so treffend geschildert hat, und seit Dupuytren's trefflicher Darstellung (*Répertoire général d'Anatomie et de Physiologie pathologiques, T. II, S. 151, u. s. f.*) eine Reihe ausgezeichneter Arbeiten hierüber erschienen sind.

Druck und Ausstattung der Schrift sind sehr schön.

Sigmund.

Medicinische Bibliographie vom Jahre 1845.

Die hier angeführten Schriften sind bei Braumüller und Seidel (Sparcassegebäude) vorräthig oder können durch dieselben baldigst bezogen werden.

Artigala (P.), *Notices sur les causes du discrédit des eaux thermales de Bagnères-de-Bigorre. In 8. de 2 f. Turbes.*

Jacquot (Felix, Dr.), *Recherches sur quelques points de l'histoire de la fièvre typhoide. In 8. de 3 f. Paris.*

Röber (Eduard, *Dr. med.*, pract. Arzt zu Königsbrück), die Heilquellen Deutschlands für Ärzte und gebildete Nichtärzte, nebst einer Einleitung über die Wirkungen des reinen, kalten und warmen Wassers und vollst. Register. 1. Abth. 8. (VI u. 358 S.) Grimma, *Verlags-Comptoir.* Geh. 45 kr.

Gedruckt bei J. P. Sollinger.